



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CREFITO 12
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 12ª REGIÃO

Sede: Trav. 14 de Abril, 2093 Guamá – Belém/PA. CEP: 66063-475
Fones: SEDE (91) 3249-1787 / (91) 3269-3808 / (91) 3259-1653
(91) 98814-0213 (Recepção) / (91) 9 8895-9970 (Financeiro)
Email: crefito12@crefito12.org.br / Site: www.crefito12.org.br

EXMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 12ª REGIÃO

REQUERIMENTO DE APOSTILAMENTO DE NOME (CASAMENTO E/OU SEPARAÇÃO)

Dr(a). _____,

Inscrita neste Regional sob o n.º CREFITO-12/ _____,

Residente á _____,

Bairro: _____, cidade: _____, estado: _____,

CEP: _____ - _____, fone(s): (____) _____, ramal: _____,

E-mail: _____

Vem mui respeitosamente requerer **apostilamento do nome**, em virtude da **mudança de estado civil** (casamento ou separação), que passou a assinar como: Dr(a). _____,

anexando para isto a documentação necessária, nos termos da resolução COFFITO-8/78.

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.

Belém, _____ de _____ de _____

(Assinatura)

ANEXAR:

- Original do diploma;
- Originais da carteira e cédula de identidade profissional;
- Uma foto 3x4 (de frente e recente);
- Uma cópia autenticada da certidão de casamento (com desquite averbado, quando for o caso);
- Uma cópia autenticada do RG, CPF, título de eleitor (caso tenha alterado algum dado desses documentos);
- Pagamento da taxa pertinente, a ser emitida pelo CREFITO-12 após o recebimento da documentação acima.